

GOBIERNO FEDERAL



SAL

SED

SEM

Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Tratamiento de
Dismenorrea en el Primer, Segundo y
Tercer Nivel de Atención

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-183-09

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

N94X Dolor y otras afecciones relacionadas con los órganos genitales femeninos y con el ciclo menstrual

GPC

Diagnóstico y Tratamiento de Dismenorrea en el Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

Dismenorrea: Derivado del término griego “dis” – difícil, “men” – mes, “rheo” – flujo; es decir dificultad en la menstruación.

Es el dolor durante la menstruación de tipo cólico en la porción inferior del abdomen presente durante al menos 3 ciclos menstruales; cuya evolución clínica varía entre 4 hrs. hasta 4 días. Se clasifica en dismenorrea primaria y secundaria.

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo relacionados con la dismenorrea son:

Edad, raza, IMC menor de 20, ocupación, medio socioeconómico, tabaquismo, menarca precoz, hiperpolimenorrea, síndrome premenstrual, enfermedad pélvica crónica, OTB, infertilidad, pérdida gestacional recurrente, depresión, ansiedad, histeria, somatización, abuso sexual, alcohol, drogas y antecedentes familiares de dismenorrea

DIAGNÓSTICO

- La dismenorrea se clasifica en primaria y secundaria.
- Entendiéndose como dismenorrea primaria el dolor menstrual sin patología pélvica con un inicio en los primeros 6 meses después de la menarca.
- La dismenorrea secundaria es el dolor menstrual asociado a una patología subyacente y su inicio puede ser años después de la menarca.
- El diagnóstico clínico de la dismenorrea debe hacerse con una historia clínica y un interrogatorio amplio que incluya: edad de la menarca, características de los ciclos menstruales, edad en que inicio la dismenorrea, características del dolor (sitio, tipo de dolor, irradiación, intensidad, duración, síntomas que lo acompañan, y factores que lo exacerben o disminuyan). En pacientes con vida sexual activa se debe investigar edad de inicio de la misma, número de compañeros sexuales, enfermedades de transmisión sexual, abuso sexual, al igual que dispareunia y método anticonceptivo utilizado.
- El dolor de la dismenorrea ya sea primaria o secundaria, es referido como dolor tipo cólico en región suprapúbica, el cual puede irradiarse a región lumbosacra o anterior del muslo, de inicio pocas horas antes o con el comienzo del ciclo menstrual, y con una duración de 4 horas a 4 días.
- El dolor es más intenso en el primer día del ciclo menstrual, puede acompañarse de náusea, vómitos, diarrea en un gran porcentaje de casos. En las formas más severas el dolor puede presentarse como un episodio abdominal agudo e intenso que imita a un abdomen agudo (dismenorrea incapacitante)

Exploración Física:

- En las adolescentes sin vida sexual, con cuadro característico de dismenorrea primaria el examen pélvico no es necesario, pero se sugiere la revisión de genitales externos, buscando algún dato de patología obstructiva (himen imperforado); pudiendo realizar una exploración recto-abdominal para buscar hipersensibilidad y tumoración anexial.
- En las pacientes con vida sexual activa se debe de realizar una exploración pélvica bimanual, y con espejo para descartar alguna patología agregada.
- El diagnóstico diferencial de dismenorrea debe hacerse entre: **Dismenorrea Primaria y Dismenorrea secundaria.**

Encontrándose como causas Ginecológicas de esta última:

- Endometriosis
- Síndrome Adherencial
- Enfermedad pélvica inflamatoria.
- Miomas
- Síndrome congestión pélvica
- Adenomiosis.
- Estenosis cervical
- Pólipo endometrial
- Malformaciones obstructivas del Tracto Genital

Otras causas no ginecológicas:

- Gastrointestinales
- Genitourinarias
- Musculo esqueléticas
- Psicológicas

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

- **No hay estudios** de laboratorio específicos para el diagnóstico de dismenorrea primaria
- Pruebas adecuadas para descartar infección pélvica particularmente chlamydia y gonorrea deben realizarse ante la sospecha de dolor pélvico secundario a enfermedad inflamatoria pélvica crónica.
- El ultrasonido pélvico es útil en el diagnóstico de Dismenorrea.

Las indicaciones del ultrasonido pélvico son las siguientes:

- Paciente con dismenorrea sin respuesta al tratamiento previo
- Pacientes que por hallazgos clínico se sospecha patología agregada
- En adolescentes en quienes el examen pélvico es imposible
- Si la paciente ya inicio vida sexual se sugiere realizar USG endovaginal.

Otros estudios o procedimientos que pueden ser de utilidad para el diagnóstico diferencial son:

- La resonancia magnética puede ser de utilidad en pacientes con sospecha de alguna malformación genital obstructiva
- La laparoscopia esta indicada en las pacientes con dismenorrea, falta de respuesta al uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) o anticonceptivos orales(ACO) con sospecha de dismenorrea secundaria.

- La laparoscopia esta indicada ante la posibilidad de síndrome adhrencial leve, enfermedad pélvica inflamatoria o endometriosis que afecten potencialmente la fertilidad.
- La histeroscopia y la histerosonografía son útiles para el diagnóstico de pólipos endometriales y leiomiomas submucosos

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento incluye:

- Analgésicos
- AINES
- ACO
- Otros

Los AINES más recomendados

- El acetaminofen es un analgésico antipirético con efecto débil como inhibidor de la ciclooxigenasa. Produce analgesia disminuyendo el umbral al dolor, teniendo buena tolerancia gastrointestinal, indicado en casos de dismenorrea leve.
- A las mujeres con dismenorrea primaria se les puede ofrecer tratamiento con AINES de primera intención para disminuir el dolor y mejorar la calidad de vida; excepto aquellas que tengan alguna contraindicación para el uso de AINES
- Se recomienda que el uso de los AINES sea de dos a tres días antes del ciclo menstrual y 2 a 3 días después de inicio de la menstruación.
- Los ACO suprimen la ovulación y restringen el crecimiento endometrial, disminuyendo la producción de prostaglandinas y del volumen catamenial, con lo que mejora la sintomatología de esta enfermedad.
- En la actualidad no existen evidencias en relación a que dosis sea la más eficaz para el control de dismenorrea.
- Las progestinas inhiben la ovulación lo que a su vez produce atrofia endometrial mejorando de esta forma la dismenorrea.
- El acetato de Medroxiprogesterona ha sido utilizado con éxito en el tratamiento de dismenorrea en mujeres adultas
- El uso prolongado de medroxiprogesterona no se recomienda en pacientes adolescentes, ya que puede producir disminución de la densidad mineral ósea.
- Se puede indicar el uso de ACO en forma continua para la disminución o supresión del sangrado asociado a dismenorrea
- El Acetato de Medroxiprogesterona (AMP) de depósito y el sistema intrauterino de Levonorgestrel han mostrado eficacia en el tratamiento de la dismenorrea y también pueden considerarse como una opción de tratamiento en la dismenorrea primaria
- La combinación de analgésicos y ACO o DIU Levonorgestrel es una opción en los casos en que no haya respuesta al tratamiento.
- El diclofenaco puede ser otra opción en el control del dolor.
- El uso de anticonceptivos progestacionales tipo implantes subdérmicos (etonogestrel) pueden en caso de no estar contraindicados ser útiles para la mejoría del dolor en dismenorrea primaria, debido a los cambios en el ciclo menstrual como lo es disminución del sangrado o periodos de amenorrea, mejorando la calidad vida de las pacientes.

Otros Fármacos

- El Trinitrato de Glicerina transdermico tiene efecto relajante en el miometrio, sin embargo en un estudio comparativo con diclofenaco mostro control del dolor solo durante 30 minutos en comparación con el diclofenaco cuyo efecto analgésico fue de 2 horas más.
- Los fármacos calcio antagonistas como nifedipina pueden reducir la actividad miometrial, y por lo tanto la dismenorrea; sin embargo aún no esta autorizado su uso por los efectos adversos que incluyen cefalea, taquicardia y rubor facial.
- El uso de entiespasmódico como la butihioscina es de uso frecuente en nuestro medio, mostrando ser util en el control de la dismenorrea.
- Hay quienes prescriben la combinación de butilhioscina más metamizol parenteral en casos severos.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Ejercicio: mejora la dismenorrea primaria.

Las técnicas de relajación para el manejo del dolor y apoyo psicológico pueden mejorar la sintomatología de dismenorrea.

Medicina alternativa: se ha recomendado la ingesta de Vitamina B1 y B6 100mg diarios mostrando efectividad en la reducción de la dismenorrea primaria.

La vitamina E 500 mg tomada 2 días antes y 3 después de la menstruación disminuyó significativamente la dismenorrea primaria

La ingesta de aceite de pescado (2.5 grm/día) y aceite de bacalo (2 gr/día), reduce la necesidad de uso de analgésicos o antipiréticos cuando están indicados.

El uso de magnesio en la dieta ha mostrado ser eficaz en el control de la dismenorrea, en comparación con el placebo.

La dosis utilizada en los estudios clínicos fue de 4.5 mg orales de pidolato de magnesio cada 8 hrs durante 7 días antes y 3 días después de la menstruación.

Electro estimulación y Acupuntura: La estimulación de alta frecuencia transcutánea (electroestimulación) de nervios mostró mejoría en dismenorrea primaria

Herbolaria: El uso de hierbas chinas mostro una mejoría significativa para el control del dolor en comparación con tratamientos farmacológicos convencionales y placebo

Aspectos psicológicos; Estas técnicas pueden ser efectivas, sin embargo se deben de tomar con cautela debido a la falta de evidencias.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Para un pequeño número de mujeres la dismenorrea puede persistir pese al tratamiento médico, y en este grupo considerar la opción quirúrgica. La cirugía constituye el diagnóstico final y una posibilidad terapéutica en el manejo de la dismenorrea.

Laparoscopia: En pacientes que no se ha obtenido un adecuado control del dolor con AINES y ACO, la posibilidad de endometriosis es alta, encontrando endometriosis hasta en un 30%.

Las lesiones de endometriosis pueden ser cauterizadas o reseadas durante la laparoscopia considerando este procedimiento no sólo diagnóstico sino terapéutico

Conviene recordar que la apariencia de las lesiones endometriales en las adolescentes tienen una morfología diferente a las adultas por lo que el cirujano debe ser experimentado para no pasar por alto su presencia (Endometriosis atípica)

Ablación de uterosacos (LUNA): es la Intervención quirúrgica que consiste en la sección de los ligamentos úterosacos a nivel de su inserción en el cérvix; interrumpiendo la mayoría de las fibras nerviosas sensitivas cervicales, lleva un riesgo de complicaciones tales como el sangrado, lesión ureteral y alteraciones en el soporte pélvico y constipación.

La recurrencia del dolor menstrual a un año después de LUNA fue del 29%

Neurectomía presacra (PSN)

La PSN involucra la resección total de los nervios presacros, situados dentro del triangulo interiliaco, es el método de denervación pélvica que se ha asociado con mayor efectividad en el control de dolor.

La PSN incluye la interrupción de un mayor número de vías nerviosas que LUNA, por consiguiente es un procedimiento más complejo que implica mayor riesgo operatorio y exige un alto grado de habilidad quirúrgica.

Dentro de las complicaciones se encuentran:

- Lesión a grandes vasos
- disfunción vesical y
- prolapso uterino.

La comparación entre LUNA y PSN laparoscópica para la dismenorrea primaria, no mostró diferencias significativas en el alivio del dolor a corto plazo; sin embargo la PSN a largo plazo demostró ser más efectiva, aunque los efectos adversos fueron más frecuentes, el estreñimiento se presentó en mayor proporción, resolviéndose espontáneamente.

Histerectomía: El dolor pélvico debe ser cuidadosamente investigado antes de considerar una histerectomía; cuando la sintomatología es severa, no ha habido respuesta a tratamientos previos y la paciente tiene paridad satisfecha puede ofrecerse la histerectomía como última opción terapéutica. El tratamiento quirúrgico es una alternativa terapéutica en casos de difícil control, sin embargo las evidencias muestran que no existe garantía de una resolución definitiva del dolor en dismenorrea

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Muchas mujeres con dolor pélvico crónico pueden ser manejadas en primer nivel de atención, debe considerarse referencia al segundo nivel cuando no se ha determinado la causa del mismo, o en casos de respuesta inadecuada al tratamiento médico.

En pacientes con dolor severo deben enviarse al servicio de urgencias para control del cuadro agudo, ya que en algunos casos se requiere manejo hospitalario.

La referencia debe incluir Biometría hemática, pruebas de coagulación, química sanguínea, exámen general de orina, frotis, cultivo de secreción vaginal, VDRL, HIV (en grupos de riesgo) y USG Pélvico según el caso y si se cuenta con el recurso.

La referencia del segundo al tercer nivel será en los siguientes casos:

- Pacientes sin respuesta al tratamiento ofrecido hasta por 6 meses
- Probable dismenorrea secundaria: :
 - Endometriosis
 - Malformación Mulleriana
 - Pólipos endometriales

- Pacientes con recidiva de dismenorrea posterior a tratamiento quirúrgico.
- Pacientes con dolor persistente posterior a tratamiento médico y quirúrgico se recomienda su envío a clínica del dolor.

CONTRARREFERENCIA DE TERCER A SEGUNDO O PRIMER NIVEL:

- Pacientes con buena respuesta a Tratamiento médico-quirúrgico

Vigilancia y Seguimiento

En primer nivel se citara a la paciente a los 3 meses posteriores al tratamiento, si hay mejoría se revalorará en tres meses más.

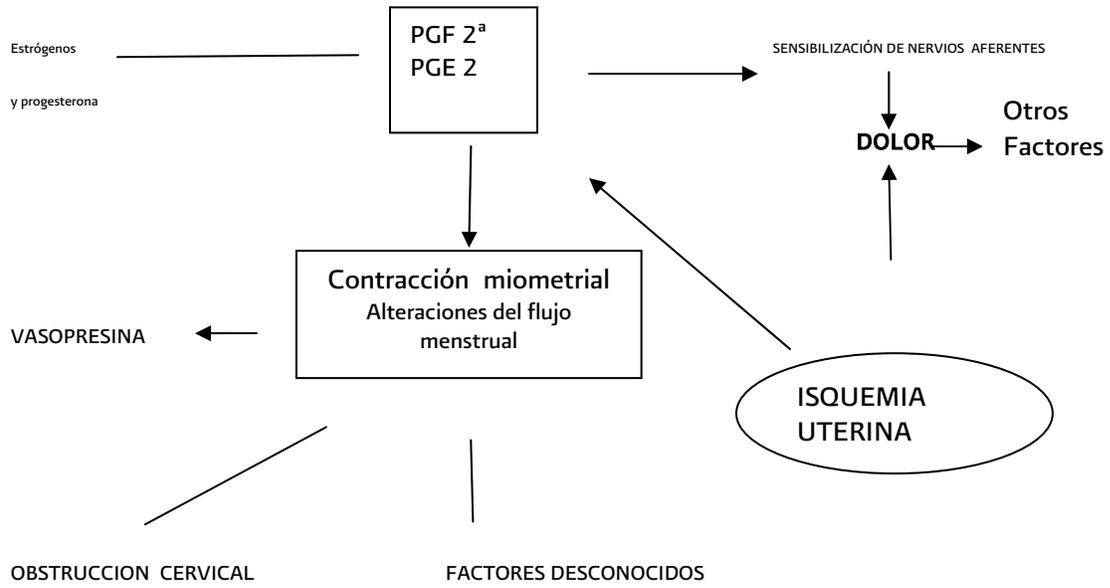
Las pacientes a quienes se les realizo algun procedimiento quirúrgico se les citara a los 7 dias y posteriormente cada 3 meses hasta completar 6 meses.

INCAPACIDAD

Las pacientes con cuadro severo de dismenorrea se extendera incapacidad entre 1-3 dias y posteriormente revaloración

ESCALAS

FISIOPATOLOGIA DE DISMENORREA PRIMARIA



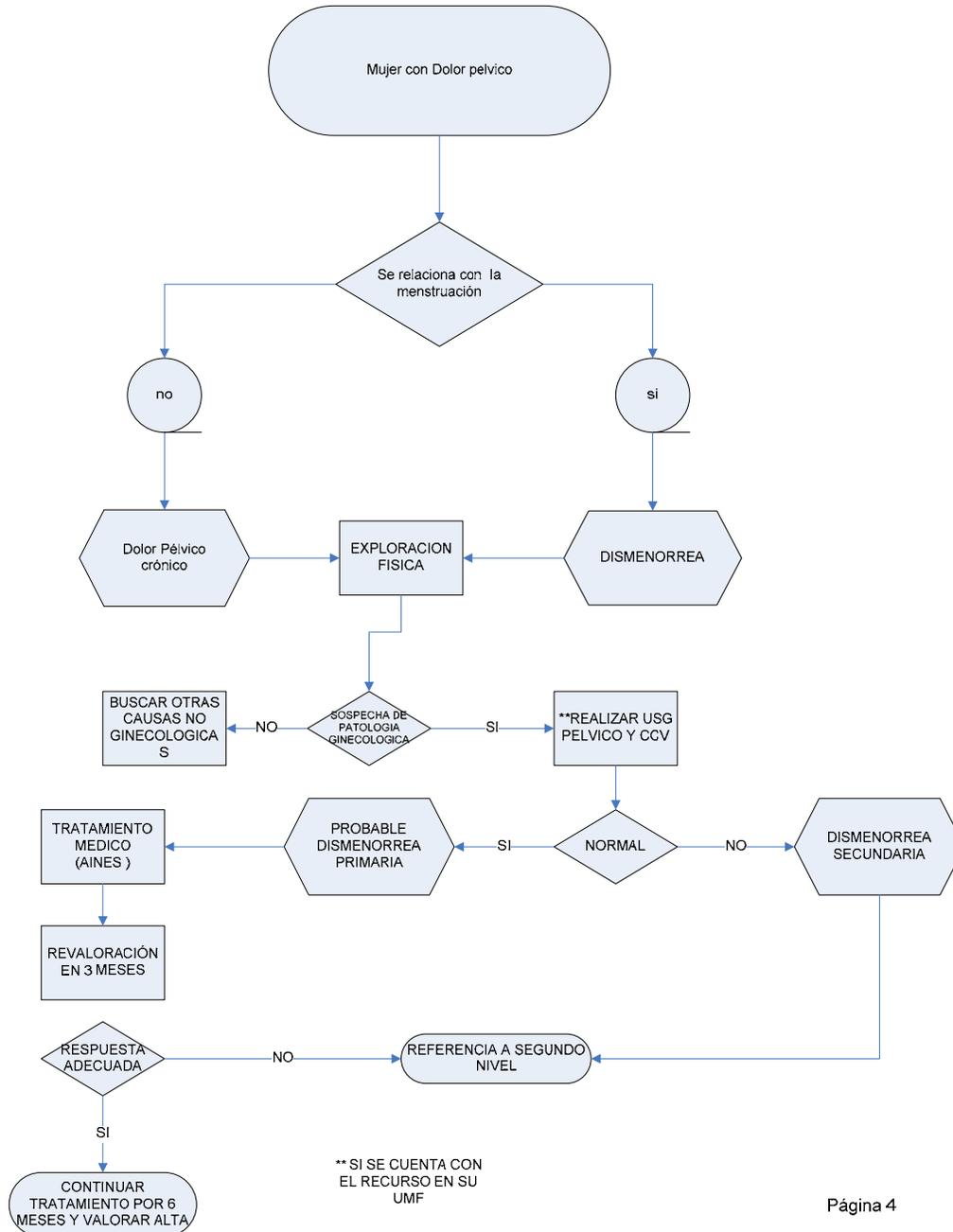
CUADRO I MEDICAMENTOS AINES UTILES EN DISMENORREA

EJEMPLOS DE ANTI INFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINES)	
Clase	Medicamento
Derivados de acido acetil salicílico	Diclofenaco potásico Indometacina (indocid)
Inhibidores de ciclooxigenasa -2 (COX-2)	Celecoxib Meloxicam
Fenamatos	Acido mefenamico (ponstan)
Oxicams	Meloxicam (mobicox)
Derivados de acido propiónico	Ibuprofeno Naproxeno sódico
Derivados de acido acetil salicílico	Acido acetil salicílico (aspirina)

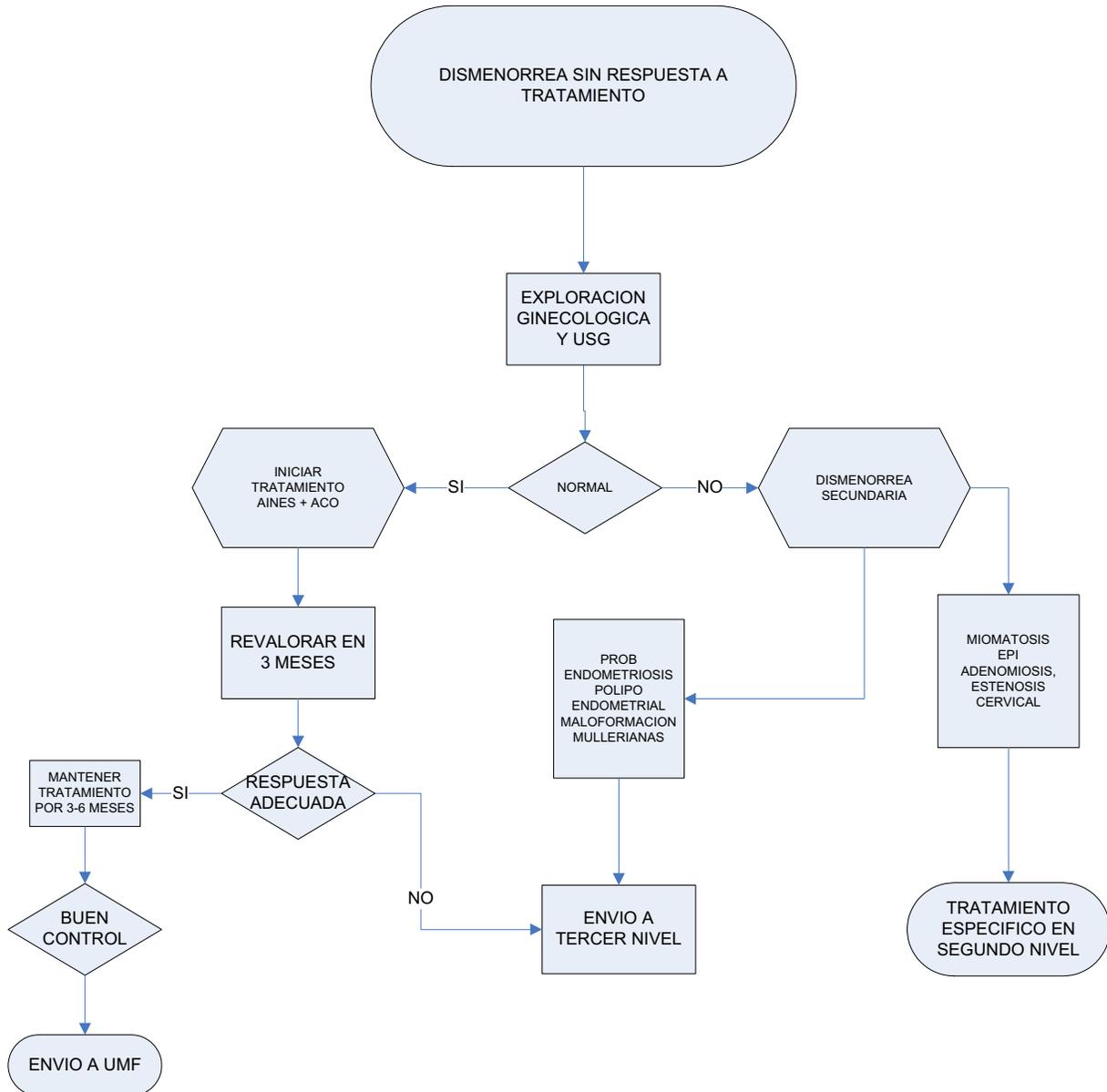
Tomado De SOGC Clinical practice 2005. Primary dysmenorrhea Consensus Guideline.

ALGORITMOS

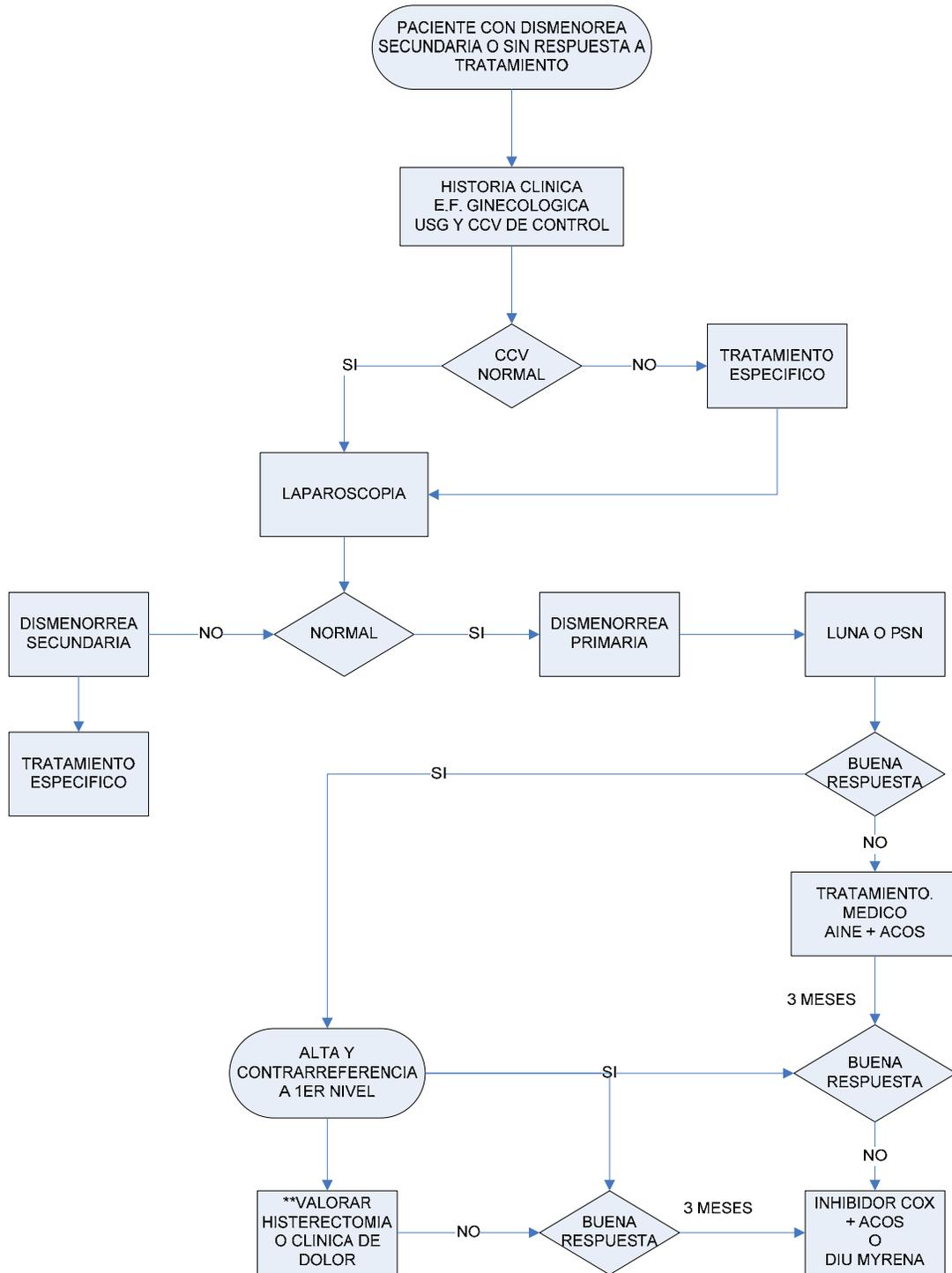
Algoritmo 1.
Diagnóstico y Tratamiento de Dismenorrea en Primer Nivel de Atención



Algoritmo 2 Diagnóstico y Tratamiento de Dismenorrea en Segundo Nivel de Atención

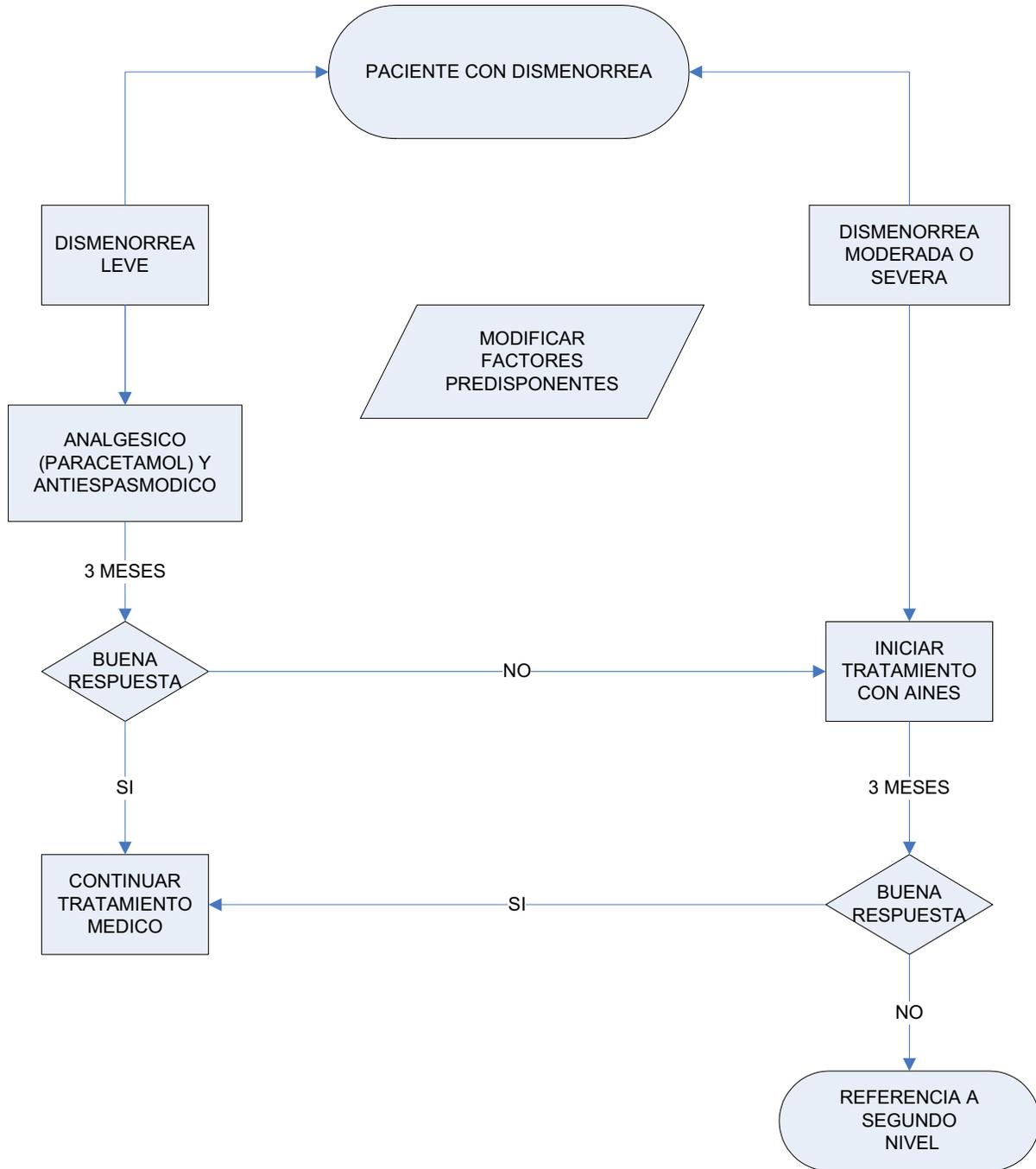


Algoritmo 3 Diagnóstico y Tratamiento de Dismenorrea en el Tercer Nivel de Atención

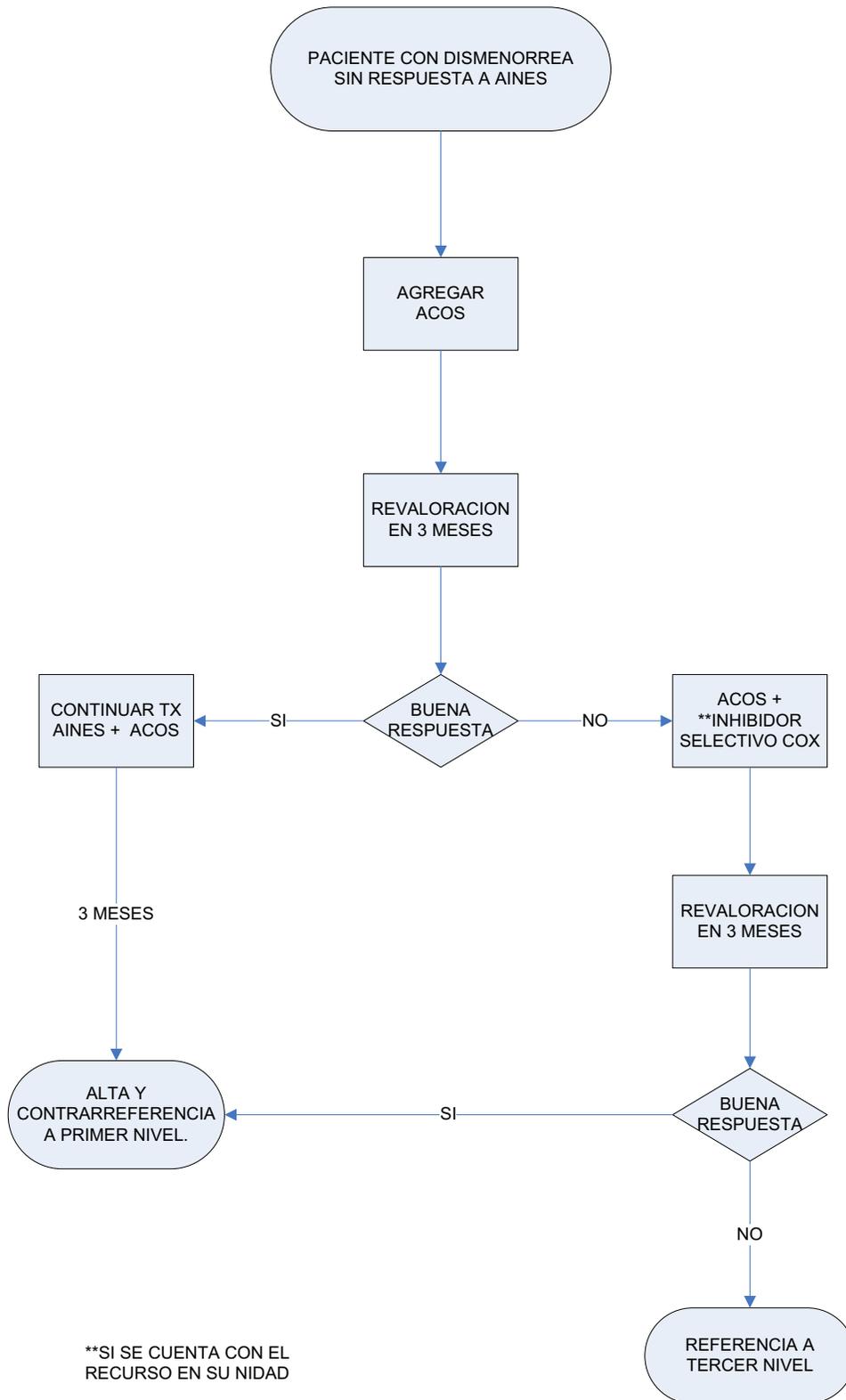


** DE ACUERDO A EDAD Y PARIDAD SATISFECHA

Algoritmo 4 Tratamiento de dismenorrea en Primer Nivel de Atención



Algoritmo 5 Tratamiento de Dismenorrea en el Segundo Nivel de Atención



Algoritmo 6 Tratamiento de dismenorrea en el Tercer nivel de Atención

